

無言症および無動性無言について

柳川リハビリテーション学院 第3学年 山口 信

(1)"mutism"について

:mtism(Mutismus・無言症・緘黙)は構音障害も失語症も無いのにまったく喋らない状態をいう。精神科領域での心因による無言も神経心理学領域での脳の器質的障害による無言も同じ言葉で表現される。前者は子供に見られ、場面によって無言になる Seiective mutism(選択的無言症場面緘黙)、神経症によるもの、心因性昏迷によるもの、激しい感情の動揺によるもの、分裂病の場合があり、後者が重症になると眼球以外の身体の動きも失われる akinetic mutism(無動性無言)となる。一過性のものを示す transient mutism(一過性無言症・一時的緘黙)は主に後者に用いられる。ここでは後者の最重症例である無動性無言について論を進める。

(2)無動性無言 akinetic mutism の定義

:意識障害の一型であり、全く無言で、眼球運動を除いて身体の動きが一切みられない状態。(Cairns,1941)

-田崎義昭・斎藤佳雄『ベッドサイドの神経の診かた 15 版』1994 年 南山堂 p127

(3)症状

運動の衝動も発語の衝動も消失し、患者はただ開眼しているのみである。時に目で対象を追うこともあるがそれすら不確かである。

-山鳥重『神経心理学入門』1985 医学書院 p159

An AM(Akinetic mutism) Patient seems to be awake,lacks activity,is unable to speak,and does not respond to any environmental stimulus.Cyclica1 sleep and awake states are maintained,andincontinance is present.

無動性無言の患者は意識があるように見え、発動性が欠如し、発語が不可能で、環境からのあらゆる刺激に反応しない。循環的な睡眠と覚醒のサイクルは保たれ、失禁が出現する。

-Tutuncuoglu-S et a1.:akinetic mutism due to diphenylhydantoin toxicity:Turk-J-Pediatr.1997 Jul-Sep;39(3):403-7

眼症状はさまざまであるが、音や痛み刺激によって開眼したり、対象を注視したり、追視したりする。しかし言葉や文字による命令には応じない。嚔下反射は認められる。

-田崎義昭・斎藤佳雄『ベッドサイドの神経の診かた 15 版』1994 南山堂 p127

(4)原因疾患

脳血管障害

脳腫瘍

薬物中毒

神経変性疾患:パーキンソン病、アルツハイマー病、クロイツフェルト-ヤコブ病、多発性硬化症など

その他

(5)責任病巣

脳幹網様体、視床、視床下部の...部、大脳皮質前帯状回、脳梁

-田崎義昭・斎藤佳雄『ベッドサイドの神経の診かた 15 版』1994 年 南山堂 p127

中脳水道から第3脳室周辺の中脳・視床下部移行部、前頭葉内側帯状回の両側病変など(Segarら,1970)

-山鳥重『神経心理学入門』1985年 医学書院 p158

小脳(Coplin-WM et al.1997)

Coplin-WM et al.:Mutism in an adult following hypertensive cerebellar hemorrhage;Brain-Lang.1997 Oct 1;59(3):473-93

両側尾状核(Lim-JK;Yap-KB,1999)

Lim-JK;Yap-KB:Bilateral caudate infarct-a case

report;Ann-Acad-Med-Singapore.1999Jul;569-71 後頭蓋窩(Pollack-IF,1997)

Pollack-IF:Posterior fossa syndrome;Int-Rev-Neurobiol.1997;41:411-32

(6)機序

脳幹網様体、視床、視床下部の一部が病変の場合:皮質から脳幹や脊髄にゆく随意運動の遠心路は保たれているが、高位神経機能の障害によって無動、無言に陥っている。

-田崎義昭・斎藤佳雄『ベッドサイドの神経の診かた15版』1994年 南山堂 p127

大脳皮質前帯状回、脳梁が病変の場合:精神活動の能動性が喪失するため。

-田崎義昭・斎藤佳雄『ベッドサイドの神経の診かた15版』1994年 南山堂 p127

発動性減退の最高状態。

-山鳥重『神経心理学入門』1985年 医学書院 p41

(7)合併症

:病変の広がりにより、四肢麻痺、脳神経障害、自律神経障害などを合併する。

-田崎義昭・斎藤佳雄『ベッドサイドの神経の診かた15版』1994年 南山堂 p127

(8)薬物治療

:bromocriptine

-Milhaud-D et al.:Treatment of akinetic mutism with bromocriptine;Press-Med.1993 Apr 17;22(14):688

(9)失語症との鑑別

Boca 失語の急性期にも無言状態がみられることがあるがあくまで一過性である。失語の場合、重度に発語がおかされても全く発語がみられなくなる、ということはない。

必ず少量の常同言語は残る。-山鳥重『神経心理学入門』1985年 医学書院 p158

全失語ではなんらかの発語は意味不明ながら常に可能であるし、発語しようとする意欲もみられる。また、指パターンを模倣させるとか簡単な幾何図形を模写させる、などの非言語的課題を意外にすらすら遂行することがある。前者(無動性無言)ではこのような高次能力の表出は全く欠け落ちている。

-山鳥重『神経心理学入門』1985年 医学書院 p217

(10)無言症と失語症

一側あるいは両側の補足運動野を含む前頭葉内側面の損傷の急性期には重篤な発語減少あるいは無言症(mutism)がみられ、比較的速やかに回復する(Critchley,1930;Lapraneら,1977;Rostomilyら,1991)。その回復後には、自発言語の著しい減少、発語開始困難、比較的保たれた言語理解と読字、良好な復唱を特徴とした、形式的には超皮質性運動失語の範疇に分類される病像を呈するようになる(Masdeuら,1978;Alexanderら,1980;Brustら,1982)。喚語困難や呼称障害を伴う場合もある。時に反響言語や反復言語がみられる。この言語障害が失語性であるか否かについては議論が分かれている。

すなわち、障害が、内言語障害によるのか、あるいは全体的な運動あるいは精神活動の減少の一表現なのかという問題である (Critchley,1930;Laprane ら ,1977;Brust ら,1982)。自発言語の減少は多くの場合、全体的な運動あるいは精神活動の減少とともにみられるが、これらの障害を伴わず言語障害がほぼ純粋な形で出現した例で失語性の要因が主張されている (Masdeu ら,1978;Alexander ら,1980)。補足運動野が責任病巣と考えられているが、半球間差に関しては議論がある (Gelmers,1983;Brust ら,1982)。生理学的研究では、左右どちらの半球の補足運動野の電気刺激でも全語における変化が生じ (Tairach,1966)、発語に伴ってやや左側に強いが両側の補足運動野に血流の増加が示されている (Larsen,1978)。

-波多野和夫・藤田郁代『失語症臨床ハンドブック』1999年 金剛出版 p326